様式第8号(第9条、第10条、第11条、第13条、第17条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | □老人保健法第25条第1項第2号の障害認定申請書□老人保健法による医療の受給資格取得(変更・喪失)届書□老人保健法による医療受給者証再交付申請書 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受給者番号 | 　 |
| 　 | 新規(変更・喪失・再交付) | 変更前 | 事由 |
| ①フリガナ氏名 | 　 | 　 | 　 | □　新規　□　75歳に到達　□　他の市(区)町村からの転入　□　医療保険加入者資格の取得　□　法第25条第1項第2号の認定申請　□　その他(　　　　　)　上記の事由発生年月日　(　　・　　・　　)□　変更　□　氏名の変更　□　同一市(区)町村内の転居　□　医療保険加入状況の変更　□　法第25条第7項適用　□　その他(　　　　　)　上記の事由発生年月日　(　　・　　・　　)□　喪失　□　死亡　□　他の市(区)町村への転出　□　医療保険加入者資格の喪失　□　法第25条第1項第2号　非該当　□　法第25条第7項不適用　□　その他(　　　　　)　上記の事由発生年月日　(　　・　　・　　)□　再交付　□破損　□亡失　□その他(　　　　　　)　上記の事由発生年月日　(　　・　　・　　) |
| ②生年月日 | 　 | 　 |
| ③居住地(施設名及び施設所在地) | 　 | 　 |
| ④医療保険の加入状況 | (被保険者、組合員又は世帯主の氏名) | (個人コード) |
| (被保険者、組合員又は世帯主の住所) | 　 |
| (被保険者証又は組合員証の記号番号) | (種別　) |
| (被保険者、組合員又は世帯主との続柄) | 　 |
| (保険者の名称)(保険者番号　　　　　)　 | (保険者番号) |
| (保険者の所在地) | 　 |
| ⑤障害の状況 | 次の書類のとおり。1　国民年金証書(　　　　　　　)2　身体障害者手帳(　　　　　　　)3　診断書(　　　　　　　)4　転入前の市(区)町村長の障害認定5　その他(　　　　　　　) | 　 |
|
| 　 |
| 　　上記のとおり関係書類を添えて | 申請届出 | いたします。 |
| 　　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞　　　出雲市長　　　　様 |